

# ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC Ở BỆNH NHÂN VIÊM, LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CÓ HELICOBACTER PYLORI DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

## TÓM TẮT

Trần Quỳnh Anh<sup>1\*</sup>, Dương Thị An<sup>1</sup>

**Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân viêm, loét dạ dày tá tràng có Helicobacter Pylori dương tính tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả với cuộc điều tra cắt ngang. Sinh thiết mô dạ dày vùng thân vị hoặc vùng hang vị. Bệnh phẩm được làm mô bệnh học chẩn đoán H. pylori bằng phương pháp soi trực tiếp. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả mô bệnh học dạ dày bao gồm các thông số: viêm mạn, viêm mạn hoạt động, viêm teo, dị sản ruột và H. pylori theo hệ thống Sydney.

**Kết quả:** 100% bệnh nhân có tổn thương viêm trên mô bệnh học. Tổn thương viêm phần lớn là viêm mạn, chiếm tỉ lệ 97,6% ở vùng hang vị và 83,2% ở vùng thân vị ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ viêm hoạt động vùng thân vị là 74,4% và vùng hang vị là 96% ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ viêm teo vùng thân vị là 9,6% và vùng hang vị là 52,8% (với  $p < 0,05$ ). Tỉ lệ dị sản vùng thân vị chiếm 0,8% và vùng hang vị chiếm 8,8% (với  $p < 0,05$ ). Tổn thương loạn sản, loạn sản nhẹ gặp ở vùng thân vị là 5,6% và vùng hang vị 10,4% ( $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Mô bệnh học, viêm dạ dày, loét dạ dày, helicobacter pylori, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

## HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH HELICOBACTER PYLORI POSITIVE GASTRITIS AND PEPTIC ULCER AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

### ABSTRACT

**Objective:** Assessment of histological characteristics in patients with Helicobacter Pylori positive gastritis and peptic ulcer at Thai Binh Medical University Hospital

**Method:** A descriptive study with a cross-sectional survey. Stomach biopsy was in the body or gastric antrum area. The specimen was histopathologically

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

\*Tác giả liên hệ: Dương Thị An

Email: Dr.anytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/08/2023

Ngày phản biện: 05/09/2023

Ngày duyệt bài: 08/09/2023

diagnosed with H. pylori using direct microscopy. Standards for evaluating gastric histopathology results include parameters: chronic inflammation, active chronic inflammation, atrophic inflammation, intestinal metaplasia and H. pylori according to the Sydney system.

**Results:** 100% of patients have inflammatory lesions on histopathology. Inflammatory lesions are mostly chronic, accounting for 97,6% in the antrum and 83,2% in the body ( $p < 0,05$ ). The rate of active inflammation in the body is 74.4% and the antrum is 96% ( $p < 0,05$ ). The rate of atrophic inflammation in the body is 9,6% and the antral area is 52.8% ( $p < 0,05$ ). The rate of dysplasia in the body is 0,8% and the antrum is 8,8% ( $p < 0,05$ ). Mildly dysplastic lesions were found in 5,6% of the body and 10,4% of the antrum ( $p > 0,05$ ).

**Key words:** histopathology, gastritis, peptic ulcer, helicobacter pylori, Thai Binh Medical University Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm, loét dạ dày là bệnh lý thường gặp. Từ khi phát hiện ra H. pylori đã mở ra một kỷ nguyên mới về cơ chế bệnh sinh các bệnh lý dạ dày. Hội nghị Tiêu hóa Mỹ (1995) xác định H. pylori được coi là nguyên nhân quan trọng nhất gây viêm dạ dày mạn, loét dạ dày tá tràng và ung thư dạ dày. Bằng chứng là tỷ lệ nhiễm H. pylori rất cao: 90- 100% trong loét hành tá tràng, khoảng 70 - 90% trong loét dạ dày, viêm dạ dày mạn và 60 - 70% trong ung thư dạ dày. Cơ quan quốc tế nghiên cứu về ung thư đã xác định H. pylori là một trong các tác nhân số 1 gây ung thư dạ dày. Mối liên quan giữa nhiễm khuẩn H. pylori và sinh bệnh học của ung thư dạ dày dựa trên các bằng chứng sau: H. pylori được xác định trên mô bệnh ở vùng niêm mạc cạnh tổn thương ung thư và tổn thương tiền ung thư (ví dụ ở vùng viêm teo có và không có dị sản ruột); dịch tể học cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm H. pylori có mẫu máu dương tính và ung thư dạ dày, gấp 06 lần ở người nhiễm H. pylori so với người không nhiễm H. pylori [1].

Các nhà khoa học cho rằng, khi định cư trong dạ dày, H. pylori đã làm teo tuyến và làm giảm khả

năng tiết acid của niêm mạc dạ dày, tức là làm mất khả năng tự bảo vệ của dạ dày, dẫn đến những thay đổi mô bệnh học: viêm niêm mạc dạ dày, viêm teo dạ dày, gây dị sản ruột, loạn sản ruột và cuối cùng là ung thư dạ dày.

Xét nghiệm mô bệnh học mảnh sinh thiết niêm mạc dạ dày đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán viêm, loét hoặc ung thư dạ dày và chẩn đoán nhiễm Helicobacter Pylori. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát đặc điểm mô bệnh học ở bệnh nhân viêm, loét dạ dày tá tràng có Helicobacter Pylori dương tính tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** là các bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình có triệu chứng bệnh lý dạ dày tá tràng (đau bụng, nóng rát vùng thượng vị, đầy bụng, chướng hơi, ợ hơi - ợ chua, buồn nôn, nôn); nội soi có viêm hoặc loét dạ dày tá tràng và có Helicobacter Pylori (+).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** là nghiên cứu mô tả với cuộc điều tra cắt ngang.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm tình trạng viêm (n=125)**

Tình trạng viêm		Thân vị		Hang vị		p
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Tình trạng viêm	Có	125	100	123	98,4	-
	Không	0	0	2	1,6	
Hình ảnh viêm	Cấp	21	16,8	3	2,4	< 0,05
	Mạn	104	83,2	122	97,6	

100% bệnh nhân có tổn thương viêm ở vùng thân vị; 98,4% bệnh nhân có tổn thương viêm ở vùng hang vị. Tổn thương viêm phần lớn là viêm mạn, chiếm tỉ lệ 97,6% ở vùng hang vị và 83,2% ở vùng thân vị. Có 16,8% tổn thương vùng thân vị có hình ảnh viêm cấp, hình ảnh viêm cấp ở vùng hang vị chiếm 2,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 2. Đặc điểm mức độ viêm (n=125)**

Mức độ viêm		Thân vị		Hang vị		p
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Mức độ viêm hoạt động	Không	32	25,6	5	4,0	< 0,05
	Nhẹ	77	61,6	37	29,6	
	Vừa	15	12,0	70	56,0	
	Nặng	1	0,8	13	10,4	
Mức độ viêm teo	Không	113	90,4	59	47,2	< 0,05
	Nhẹ	12	9,6	65	52,0	
	Vừa	0	0	1	0,8	

Tiến hành sinh thiết lấy bệnh phẩm niêm mạc dạ dày để xét nghiệm bằng cách dùng kim sinh thiết kẹp. Sinh thiết mô dạ dày vùng thân vị, phía bờ cong nhỏ, cách góc bờ cong nhỏ 4cm; hoặc sinh thiết mô dạ dày ở hang vị, phía bờ cong nhỏ, cách lỗ môn vị 2-3 cm cho vào lọ chứa Formol để xét nghiệm mô bệnh học. Bệnh phẩm sẽ được xử lý mô, tạo tiêu bản, làm mô bệnh học chẩn đoán H. pylori bằng phương pháp soi trực tiếp và chẩn đoán tổn thương viêm dạ dày. Phát hiện trên các tiêu bản MBH nhuộm Giemsa bằng kính hiển vi quang học, độ phóng đại 1000 lần là xoắn khuẩn (hình chữ S hoặc chữ C) dài khoảng 1,5 - 5  $\mu\text{m}$  màu xanh sẫm.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả mô bệnh học dạ dày bao gồm các thông số: viêm mạn, viêm mạn hoạt động, viêm teo, dị sản ruột và H. pylori theo hệ thống Sydney.

**Xử lý số liệu:** theo phần mềm SPSS 22.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đánh giá đề cương nghiên cứu của Trường Đại học Y Dược Thái Bình. Nghiên cứu đảm bảo quyền tự nguyện tham gia của các đối tượng. Các dữ liệu, thông tin thu thập trong nghiên cứu và trình bày trong các báo cáo được cam kết chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Tỉ lệ viêm hoạt động vùng thân vị là 74,4% và vùng hang vị là 96%. Tổng thương viêm hoạt động phần lớn ở mức độ nhẹ và vừa, cụ thể vùng thân vị chiếm 73,6%; vùng hang vị 85,6%. Viêm hoạt động mức độ nặng chiếm tỉ lệ thấp (0,8% vùng thân vị và 10,4% vùng hang vị). Vùng thân vị có tới 25,6% không biểu hiện viêm hoạt động, tỉ lệ không có viêm hoạt động ở vùng hang vị là 4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Về tổn thương viêm teo: vùng thân vị có 9,6% viêm teo, tỉ lệ viêm teo ở vùng hang vị là 52,8%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ).

**Bảng 3. Đặc điểm tình trạng loạn sản (n=125)**

Tình trạng loạn sản		Thân vị		Hang vị		p
		Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Dị sản	Có	1	0,8	11	8,8	< 0,05
	Không	124	99,2	114	91,2	
Loạn sản	Không	118	94,4	112	89,6	> 0,05
	Nhẹ	7	5,6	13	10,4	

Tỉ lệ dị sản vùng thân vị chiếm 0,8%, thấp hơn vùng hang vị (8,8%); khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Tổng thương loạn sản, loạn sản nhẹ gặp ở vùng thân vị là 5,6% và vùng hang vị 10,4%. Sự khác biệt về loạn sản giữa hai vùng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4. Mức độ nhiễm Helicobacter Pylori vùng thân vị và hang vị (n=125)**

Mức độ nhiễm HP	Thân vị		Hang vị		p
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	
Nhẹ	78	62,4	31	24,8	< 0,05
Trung bình	44	35,2	52	41,6	
Nặng	3	2,4	42	33,6	

Vùng thân vị chủ yếu nhiễm HP mức độ nhẹ và trung bình (chiếm tỉ lệ 62,4% và 35,2%). Vùng hang vị nhiễm HP mức độ nhẹ, trung bình, nặng tương ứng 24,8%, 41,6% và 33,6%. Mức độ nhiễm HP vùng thân vị nhẹ hơn vùng hang vị, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có tổn thương viêm trên mô bệnh học. Trong đó, tỉ lệ viêm ở vùng hang vị chiếm 98,4%, viêm ở vùng thân vị chiếm 100%. Tổng thương viêm phần lớn là viêm mạn, chiếm tỉ lệ 97,6% ở vùng hang vị và 83,2% ở vùng thân vị. Có 16,8% tổn thương vùng thân vị có hình ảnh viêm cấp, trong khi đó mức độ viêm cấp ở vùng hang vị chiếm 2,4%. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỉ lệ viêm hoạt động vùng thân vị là 74,4% và vùng hang vị là 96%. Tổng thương viêm hoạt động phần lớn ở mức độ nhẹ và vừa, cụ thể vùng thân vị chiếm 73,6%; vùng hang vị 85,6%. Viêm hoạt động mức độ nặng chiếm tỉ lệ thấp (0,8% vùng thân vị và 10,4% vùng hang vị). Vùng thân vị có tới 25,6% không biểu hiện viêm hoạt động, tỉ lệ không có viêm hoạt động ở vùng hang vị là 4%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của

Đặng Ngọc Quý Huệ (tỷ lệ viêm hoạt động ở hang vị chiếm 96%) [2].

Về tổn thương viêm teo: vùng thân vị có 9,6% viêm teo, thấp hơn vùng hang vị (tỉ lệ viêm teo 52,8%), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Kết quả viêm teo hang vị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đặng Ngọc Quý Huệ (viêm teo hang vị chiếm 23%). Nhưng tỷ lệ viêm teo thân vị trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn so với kết quả của Đặng Ngọc Quý Huệ (chiếm 19,9%) [2].

Tỉ lệ dị sản vùng thân vị chiếm 0,8%, thấp hơn vùng hang vị (8,8%); khác biệt có ý nghĩa thống kê (với  $p < 0,05$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm (dị sản chiếm 18,6%) [3]. Về tổn thương loạn sản, loạn sản nhẹ gặp ở vùng thân vị là 5,6% và vùng hang vị 10,4%. Sự khác biệt về loạn sản giữa hai vùng không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Về mức độ nhiễm *Helicobacter Pylori*, vùng thân vị chủ yếu nhiễm HP mức độ nhẹ và trung bình (chiếm tỉ lệ 62,4% và 35,2%). Vùng hang vị nhiễm HP mức độ nhẹ, trung bình, nặng tương ứng 24,8%, 41,6% và 33,6%. Mức độ nhiễm HP vùng thân vị nhẹ hơn vùng hang vị, khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Torres J, Correa P và cộng sự đã đưa ra thuyết hình thành ung thư dạ dày là sự phối hợp của nhiều yếu tố (*H. pylori* và yếu tố môi trường) và sự tiến triển hình thành ung thư dạ dày từ viêm teo niêm mạc dạ dày, dị sản, loạn sản và cuối cùng là ung thư dạ dày [4]. Các nhà khoa học cho rằng, khi định cư trong dạ dày, *H. pylori* đã làm teo tuyến và làm giảm khả năng tiết acid của niêm mạc dạ dày, tức là làm mất khả năng tự bảo vệ của dạ dày, dẫn đến viêm niêm mạc dạ dày, viêm teo dạ dày, gây dị sản ruột, loạn sản ruột và cuối cùng là ung thư dạ dày.

#### V. KẾT LUẬN

Mô bệnh học niêm mạc dạ dày phần lớn là viêm mạn tính hoạt động và viêm teo, dị sản và loạn sản ít gặp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Graham Y.D. (2014).** History of *Helicobacter pylori*, duodenal ulcer, gastric ulcer and gastric cancer. *World J Gastroenterol*, 20(18): 5191-5204.
2. **Đặng Ngọc Quý Huệ (2018).** Nghiên cứu tỷ lệ kháng Clarithromycin, Levofloxacin của *Helicobacter Pylori* bằng Epsilometer và hiệu quả của phác đồ EBMT ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn. Luận án tiến sĩ Y học chuyên ngành Nội tiêu hóa, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. **Nguyễn Thanh Liêm và cộng sự (2023).** Đặc điểm mô bệnh học niêm mạc dạ dày ở bệnh nhân loét tá tràng có nhiễm *Helicobacter Pylori*. *Tạp chí y học Việt Nam*, 522 (1).
4. **Javier Torres, Pelayo Correa và cộng sự (2013).** Gastric cancer incidence and mortality is associated with altitude in the mountainous regions of Pacific Latin America. *Cancer Causes Control*, 24(2): 249-256.